

**(ЕИО/представителей<sup>2</sup> клиента, Выгодоприобретателей<sup>3</sup> – физических лиц и Бенефициарных владельцев<sup>4</sup>)**

Все поля анкеты подлежат обязательному заполнению, в случае отсутствия информации в соответствующей графе ставится прочерк

- Единоличный исполнительный орган / представитель<sup>2</sup> клиента
- Выгодоприобретатель<sup>3</sup>
- Бенефициарный владелец<sup>4</sup>

**Документ, на котором основаны полномочия ЕИО/представителя клиента**

Наименование  Номер

Дата выдачи         Срок действия

**Сведения о физ. лице**

Ф. И. О.  полностью, отчество – при наличии

Дата рождения         Место рождения

Гражданство

**Данные документа, удостоверяющего личность<sup>5</sup>**

Вид документа

Серия     Номер         Дата выдачи

Кем выдан

Код подразделения

**Адреса и контактная информация**
**Адрес места жительства (регистрации) или места пребывания**

Индекс       Страна  Город

Область/край

Улица  Дом  Корпус  Квартира

**Контактная информация**

Телефон мобильный код страны       код       №

Телефон контактный код страны       код       №

E-mail

ИНН РФ  СНИЛС

<sup>1</sup> Анкета заполняется в целях идентификации ЕИО/представителей клиента, выгодоприобретателей-физических лиц и бенефициарных владельцев клиента в соответствии с требованиями Федерального закона от 07.08.2001 г. № 115-ФЗ.

<sup>2</sup> Представитель клиента – физическое лицо, при совершении операции действующее от имени и в интересах или за счет клиента, полномочия которого основаны на доверенности, договоре, акте уполномоченного государственного органа или органа местного самоуправления, законе, а также единоличный исполнительный орган юридического лица

<sup>3</sup> Выгодоприобретатель в целях 115-ФЗ – лицо, к выгоде которого действует клиент, в том числе на основании агентского договора, договоров поручения, комиссии и доверительного управления, при проведении операций с денежными средствами и иным имуществом

<sup>4</sup> Бенефициарный владелец в целях 115-ФЗ – физическое лицо, которое в конечном счете прямо или косвенно (через третьих лиц) владеет (имеет преобладающее участие более 25 процентов в капитале) клиентом – юридическим лицом либо имеет возможность контролировать действия клиента

<sup>5</sup> В соответствии с законодательством Российской Федерации документами, удостоверяющими личность, являются:

- 1) для граждан Российской Федерации: паспорт гражданина Российской Федерации; паспорт гражданина Российской Федерации, дипломатический паспорт, служебный паспорт, удостоверяющие личность гражданина Российской Федерации за пределами Российской Федерации; свидетельство о рождении гражданина Российской Федерации (для граждан Российской Федерации в возрасте до 14 лет); временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта гражданина Российской Федерации;
- 2) для иностранных граждан: паспорт иностранного гражданина;
- 3) для лиц без гражданства: документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства; разрешение на временное проживание, вид на жительство; документ, удостоверяющий личность лица, не имеющего действительного документа, удостоверяющего личность, на период рассмотрения заявления о признании гражданином Российской Федерации или о приеме в гражданство Российской Федерации; удостоверение беженца, свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем на территории Российской Федерации по существу.

  
Подпись, печать (при наличии)

Иванов Петр Андреевич  
Фамилия, имя, отчество (при наличии)

Дата

Продолжение

**Дополнительные сведения**

В соответствии с пунктом 14 статьи 7 Федерального закона от 07.08.2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма», клиенты обязаны предоставить информацию, необходимую для исполнения организацией требований указанного Федерального закона, включая информацию о лицах (Выгодоприобретателях), к выгоде которых Вы действуете, и Бенефициарных владельцах.

**Сведения о лицах, к выгоде которых производятся действия по заявлению (Выгодоприобретатели)**

Имеются ли у Вас лица (Выгодоприобретатели), к выгоде которых Вы действуете (в том числе на основании доверенности, агентского договора, договоров поручения, комиссии и доверительного управления) при проведении операций с денежными средствами по данному заявлению?

- нет, действую к собственной выгоде
- да, действую к выгоде другого лица. Необходимо заполнить Анкету физического / юридического лица / индивидуального предпринимателя отдельно на каждое лицо (Выгодоприобретателя).

**Сведения о Бенефициарных владельцах**

Имеются ли у Вас Бенефициарные владельцы, то есть физические лица, которые, в конечном счете, прямо или косвенно (через третьих лиц) имеют возможность контролировать Ваши действия?

- нет, я сам(а) являюсь своим Бенефициарным владельцем
- да, имеются. Необходимо заполнить Анкету физического лица отдельно на каждого Бенефициара.

**Сведения о статусе публичного должностного лица (ПДЛ)**

- не являюсь ПДЛ и/или родственником ПДЛ
- являюсь ПДЛ и/или родственником ПДЛ. Заполните поля ниже, указав необходимые категории.

Я являюсь:

- российским публичным должностным лицом, то есть лицом, занимающим государственные должности РФ, должности членов совета директоров ЦБ РФ, должности на федеральной государственной службе, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных на основании федеральных законов
- международным публичным должностным лицом, то есть должностным лицом публичной международной организации, которому доверены или были доверены ею важные функции
- иностранным публичным должностным лицом, то есть публичным должностным лицом иностранного государства.

В случае если отмечен хотя бы один из перечисленных вариантов, необходимо заполнить Анкету публичного должностного лица.

- Я являюсь родственником лица, принадлежащего к одной из перечисленных категорий.

К какой именно из вышеперечисленных категорий относится Ваш родственник?: (указать)

Степень родства между вами: (указать)

**Достоверность сведений, указанных в настоящем заявлении, подтверждаю. Проинформирован(а) о необходимости обновления указанных в заявлении сведений (информации) в случае их изменения, а также обязуюсь представить все необходимые сведения по запросу организации.**

Подпись, печать (при наличии)

*Иванов Петр Андреевич*

Фамилия, имя, отчество (при наличии)

д	д	д	д	д	д	д	д	д	д
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Дата

Продолжение

**Заполняется только в случае, если физическое лицо является нерезидентом**

Данные миграционной карты (для иностранных граждан и лиц без гражданства)

Серия	<input type="text"/>	Номер	<input type="text"/>
Дата начала срока пребывания	<input type="text" value="Д"/> <input type="text" value="Д"/> <input type="text" value="М"/> <input type="text" value="М"/> <input type="text" value="Г"/> <input type="text" value="Г"/> <input type="text" value="Г"/> <input type="text" value="Г"/>	Дата окончания срока пребывания	<input type="text" value="Д"/> <input type="text" value="Д"/> <input type="text" value="М"/> <input type="text" value="М"/> <input type="text" value="Г"/> <input type="text" value="Г"/> <input type="text" value="Г"/> <input type="text" value="Г"/>

Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ

Вид документа	<input type="text"/>		
Серия (если имеется)	<input type="text"/>	Номер	<input type="text"/>
Дата начала срока действия права пребывания/проживания	<input type="text" value="Д"/> <input type="text" value="Д"/> <input type="text" value="М"/> <input type="text" value="М"/> <input type="text" value="Г"/> <input type="text" value="Г"/> <input type="text" value="Г"/> <input type="text" value="Г"/>		
Дата окончания срока действия права пребывания/проживания	<input type="text" value="Д"/> <input type="text" value="Д"/> <input type="text" value="М"/> <input type="text" value="М"/> <input type="text" value="Г"/> <input type="text" value="Г"/> <input type="text" value="Г"/> <input type="text" value="Г"/>		

**Согласие на обработку персональных данных**

Являясь Субъектом персональных данных, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», настоящим я предоставляю свое согласие оператору персональных данных – Акционерному обществу «Страховая компания АО СК «Совкомбанк Жизнь»» (адрес местонахождения: 127015, город Москва, ул. Бутырская 76, стр. 1), далее именуемое АО СК «Совкомбанк Жизнь» или Общество и его партнерам/контрагентам, на обработку персональных данных, любым, не противоречащим российскому законодательству способом (в том числе с/без использования средств автоматизации, с использованием глобальной информационно-телекоммуникационной сети Интернет), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, извлечение, удаление, уничтожение персональных данных в целях:

- а) заключения и исполнения договоров/соглашений с АО СК «Совкомбанк Жизнь» и договоров перестрахования (если применимо);
- б) проверки любых сведений и документов, предоставленных мной Обществу или полученных Обществом из открытых источников для заключения и исполнения договора страхования или принятия решения по страховому событию, а также получения, при необходимости, дополнительных сведений и документов в любых органах/организациях, включая государственные органы и организации, бюро кредитных историй;
- в) Оценки риска, в том числе в связи с состоянием моего здоровья;
- г) Предоставления мне Обществом информации по договору или в связи с моими обращениями, а также о предоставляемых Обществом услугах и способах их оказания (в том числе информацию рекламного характера), по любым каналам связи, общенным мной Обществу;
- д) Ведения справочных и клиентских баз для повышения качества обслуживания клиентов;
- е) Осуществления иных функций, возложенных на АО СК «Совкомбанк Жизнь» нормами применимого законодательства, и заключенными/заключаемыми со мной договорами, соглашениями.

Персональные данные, в отношении которых дается данное согласие, включают: все в месте и каждые в отдельности персональные данные, указанные мной о Страхователе, Застрахованном лице и Выгодоприобретателе(-ях) в договоре страхования и документах к нему, в том числе сведения медицинского характера и/или содержащие врачебную тайну о состоянии моего здоровья/здоровья Застрахованного лица, сведения о моем финансовом положении, а также сведения, предоставленные мной для урегулирования страхового события или в связи с иными обращениями в Общество.

Я выражаю свое согласие на трансграничную передачу (предоставление, доступ) персональных данных в объеме идентификационных сведений о лице в соответствии с Федеральным законом № 115-ФЗ от 07.08.2001 г., иностранным юридическим лицам, находящимся на территории США, в частности: – Metropolitan Life Insurance Company (Метрополитан Лайф Ишуранс Компани), адрес: 1095, Avenue of the Americas, New York, USA.

Я уведомлен о том, что перечень партнеров/контрагентов, которым предоставляются или будут предоставляться мои персональные данные, персональные данные Застрахованного лица и выгодоприобретателя(-ей) в указанных выше целях, размещен на официальном сайте АО СК «Совкомбанк Жизнь» по адресу: <http://www.sovcomlife.ru/> и/или может быть мне предоставлен на основании отдельного письменного запроса. Перечень таких организаций может быть изменен Страховщиком путем размещения его обновленной версии по тому же адресу.

Предоставляя согласие, я действую по своей воле и в своем интересе. Согласие дается мной Страховщику и его партнерам/контрагентам добровольно, на весь срок действия договора страхования и следующие 5 (пять) лет после прекращения действия договора страхования, и может быть отозвано мной в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного мной письменного уведомления или письма по электронной почте с указанного мною при заключении договора адреса. Я осознаю, что отзыв моего согласия приведет к прекращению действия договора страхования по моей инициативе, а Страховщик обязан продолжить обработку моих персональных данных и после отзыва моего согласия в случаях и в течение времени, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

  
Подпись, печать (при наличии)

Иванов Петр Андреевич  
Фамилия, имя, отчество (при наличии)

Дата